

Teilnehmerdaten

Pflegegrad Ja Nein

Name:		Vorname:	
Anrede:	Titel:	Geburtsdatum:	
Straße / Nr.:		PLZ / Ort (mit Stadtteil):	
Telefon (Festnetz):		Telefon (mobil):	
E-Mail:		Lage der Wohnung (Etage):	

Angaben zum Vitalbild:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schwerhörig / Hörgerät |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Gehbehindert |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Rollator / Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Bettlägerig |
| <input type="checkbox"/> Z. n. Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Z. n. Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Blutverdünner |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sehbehindert | _____ |

Unverträglichkeiten

Allergien

Größe / Gewicht

Bezugsperson 1 (mind. 1 Bezugsperson - gleichzeitig Alarmisierungsreihenfolge)

Name:		Vorname:	
Anrede:	Titel:	Geburtsdatum:	
Straße / Nr.:		PLZ / Ort (mit Stadtteil):	
Telefon (Festnetz):		Telefon (mobil):	
Beziehung <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Nachbar/in		E-Mail:	
<input type="checkbox"/> Bekannte/r <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		Anfahrtzeit:	
Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Bezugsperson 2

Name:		Vorname:	
Anrede:	Titel:	Geburtsdatum:	
Straße / Nr.:		PLZ / Ort (mit Stadtteil):	
Telefon (Festnetz):		Telefon (mobil):	
Beziehung <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Nachbar/in		E-Mail:	
<input type="checkbox"/> Bekannte/r <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		Anfahrtzeit:	
Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Bezugsperson 3

Name:		Vorname:	
Anrede:	Titel:	Geburtsdatum:	
Straße/ Nr.:		PLZ / Ort (mit Stadtteil):	
Telefon (Festnetz):		Telefon (mobil):	
Beziehung <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Nachbar/in <input type="checkbox"/> Bekannte/r <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		E-Mail:	
Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Anfahrtszeit:	

Beauftragte / vorhandene berufliche Hilfspersonen

Hausarzt – Name:	Vorname:
Straße/ Nr.:	PLZ / Ort:
Telefon:	

Pflegedienst* – Name:	Vorname:
Straße/ Nr.:	PLZ / Ort:
Telefon:	Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*falls vorhanden

Betreuer* – Name:	Vorname:
Straße/ Nr.:	PLZ / Ort:
Telefon:	Schlüssel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*falls vorhanden

Hiermit bestätige ich Vorname: _____ Name: _____ ,

dass die vorstehend von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Sollten sich zukünftig wichtige medizinische Daten und/oder Ansprechpersonen oder deren Kontaktdaten verändern, **so werde ich den Vertragspartner die Provita Alltagsassistenten Deutschland GmbH unverzüglich schriftlich hierüber informieren.**

Hiermit erteile ich zudem die Genehmigung, die vorgenannten Daten mittel EDV zu verarbeiten, an die Notrufzentrale weiterzugeben und zu speichern, alle Daten werden nach Beendigung des Vertragsverhältnisses komplett und unwiderruflich gelöscht.

Ort / Datum

X

Unterschrift des Kunden

Die angegebenen Daten werden unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in der Notruf-Zentrale gespeichert und nicht an Unbefugte weitergegeben.